

AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION

การเพิกเฉยตามพื้นฐานของบ้านและชุมชน



การรับทราบการบริการ
Home and Community Based Waiver
ACKNOWLEDGMENT OF SERVICES

ชื่อผู้สมัคร		หมายเลขประจำตัวผู้ใช้บริการของ ACES
<p>การเพิกเฉยตามพื้นฐานของบ้านและชุมชน (Home and Community Based Waiver) ให้โอกาสสำหรับผู้ที่มีคุณสมบัติในการขอรับบริการที่จำเป็นโดยเฉพาะของ Medicaid เพื่อป้องกันการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของผู้รับบริการ บริการเหล่านี้ได้รับการจัดสรรภายใต้การเพิกเฉยหลักการของ Medicaid ที่ได้รับการเห็นชอบโดยศูนย์บริการสำหรับ Medicare และ Medicaid บริการเหล่านี้เสนอแก่ผู้ที่หน่วยงานระบุในฐานะที่เป็นผู้มีคุณสมบัติเพื่อรับการดูแลของสถานดูแลรักษาผู้สูงอายุ แต่เป็นผู้ที่ขอพักอาศัยอยู่ที่บ้านหรือในชุมชนมากกว่า</p> <p>ข้าพเจ้าได้รับการแจ้งทางเลือกด้านการดูแลของสถานดูแลรักษาผู้สูงอายุว่าพร้อมบริการแก่ข้าพเจ้า และข้าพเจ้าเลือกขอรับบริการดังนี้:</p> <p><input type="checkbox"/> การเพิกเฉยต่อบริการของ COPEs</p> <p><input type="checkbox"/> การเพิกเฉยต่อบริการตามความจำเป็นทางการแพทย์</p> <p><input type="checkbox"/> บริการสถานดูแลรักษาผู้สูงอายุ</p> <p><input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าได้ปฏิเสธการเพิกเฉยต่อบริการ</p>		
ลายเซ็นผู้สมัคร		วันที่
ลายเซ็นตัวแทน	<input type="checkbox"/> ผู้ปกครอง <input type="checkbox"/> ตัวแทน	วันที่
ลายเซ็นผู้จัดการเรื่อง/เจ้าหน้าที่การประกันสังคม		วันที่
หน่วยงาน		หมายเลขโทรศัพท์ (รวมทั้งรหัสเขตโทรศัพท์)
<p>ข้อความด้านล่างคือสิทธิของท่านในการที่จะได้รับการพิจารณาอย่างยุติธรรม</p> <p>ถ้าท่านถูกปฏิเสธการเพิกเฉยต่อบริการ หรือถ้าท่านถูกปฏิเสธการเพิกเฉยต่อบริการตามที่ท่านเลือก ท่านมีสิทธิขอให้มีการพิจารณาเรื่องที่ยุติธรรม (Fair Hearing) ท่านมีเวลา 90 วันนับจากวันที่ที่การบริการถูกปฏิเสธจนถึงวันที่ขอให้มีการพิจารณาเรื่องท่านอาจขอให้มีการพิจารณาเรื่องที่ยุติธรรม (Fair Hearing) โดยเขียนคำขอไปยังสำนักงาน Home and Community Services Division ในท้องถิ่นของท่าน, หน่วยงานบริการผู้สูงอายุในท้องถิ่น หรือเขียนถึง: CHIEF, OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS, MAIL STOP: 42489, DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES, PO BOX 42489, OLYMPIA WA 98504-2489</p>		